

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Juillet 1896, à 1 heure

Par AUGUSTE GUILLERMIN,

Né à Bonneville (Haute-Savoie), le 29 janvier 1872.

Ancien externe des hôpitaux,

Ex-moniteur d'accouchement à la maternité de Lariboisière,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DIAGNOSTIC

DU

TRAVAIL DE L'ACCOCHEMENT

Président : M. TERRIER, professeur

Juges : MM.

PINARD, professeur.

NETTER, agrégé.

BROCA, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

365

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

365

Année 1896 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Juillet 1896, à 1 heure

Par **AUGUSTE GUILLERMIN**,

Né à Bonneville (Haute-Savoie), le 29 janvier 1872.

Ancien externe des hôpitaux,

Ex-moniteur d'accouchement à la maternité de Lariboisière,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DIAGNOSTIC

DU

TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. { PINARD, professeur.
NETTER, agrégé.
BROCA, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N...
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILIAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HEIM.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	BETTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	MARFAN.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARIE.	ROGER.	
GAUCHER.	MAYGRIER.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES PARENTS ET AMIS.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX.

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER,

Chirurgien de l'hôpital Bichat,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

S'il est une chose qui, à première vue, semble facile, c'est de reconnaître qu'une femme est oui ou non en travail d'accouchement : il suffit, en effet, dans la plupart des cas, d'entrer dans sa chambre pour avoir, à son attitude, à ses cris, à ses plaintes revenant à intervalles plus ou moins éloignés, la presque certitude qu'elle va bientôt accoucher ; on la touche, on trouve un col complètement effacé avec une dilatation variable et on peut affirmer le diagnostic de travail.

Mais les choses ne sont pas toujours aussi simples : d'abord la femme peut ne pas être arrivée à la période de dilatation franche et en être encore à cette période nommée d'effacement sur laquelle on a tant discuté et on discute encore, certains auteurs la regardant comme faisant partie du travail et d'autres comme appartenant à la grossesse. Et, en admettant qu'elle soit en pleine dilatation, que de causes d'hésitations et d'erreurs : même à l'état normal, les différences sont nombreuses entre les primipares et les multipares, les variétés individuelles sont très fréquentes ; et quand le col offre des vices de position ou de conformation, quand les parties maternelles et fœtales n'ont pas leurs caractères normaux, les difficultés sont parfois très grandes. Elles sont même, rarement il faut le dire, insurmontables, quand le travail présente des anomalies dans sa marche d'ordinaire si nette et si réglée : arrêt, rétrocession

que rien ne peut faire prévoir ; on est alors forcé de rester dans le doute ou même de faire un diagnostic erroné.

Cette question du diagnostic du travail est de la plus haute importance pour le praticien : il n'est pas indifférent à celui-ci, en effet, de savoir si la femme pour laquelle on l'a envoyé chercher va accoucher dans quelques heures ou doit encore attendre sa délivrance plusieurs jours et même plusieurs semaines, si par conséquent il doit ne point la quitter et faire préparer tout ce qu'il faut en vue de l'événement imminent ou, au contraire, s'il peut l'abandonner en toute sûreté. N'a-t-on pas vu souvent des médecins ou des sages-femmes rester auprès de pseudo-parturientes des heures et même des journées entières et partir sans avoir assisté à l'accouchement qu'ils avaient annoncé comme devant se produire à bref délai ? Inversement, combien de fois d'autres ont quitté une femme vraiment en travail en proclamant que rien ne pressait et qu'on pouvait attendre et se sont vus contraints de revenir immédiatement sur leurs pas pour extraire un fœtus qui avait la tête à la vulve !

On voit donc que cette question du diagnostic du travail mérite qu'on s'y attache, tant par son extrême importance pratique que par ses difficultés quelquefois très grandes. Aussi avons-nous pensé, sur les conseils de notre maître M. Maygrier, à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Rejetant toute idée théorique, toute discussion d'école, nous nous attacherons surtout au point de vue clinique ; nous nous mettrons à la place du médecin appelé à se prononcer sur cette question : telle femme est-elle en travail, c'est-à-dire va-t-elle accoucher dans quelques heures ? et faisant appel à toutes ses connaissances cliniques pour qu'elles l'éclaircent dans son diagnostic. Comme notre sujet, même ainsi limité, est encore très vaste, nous nous bornerons à parler de l'accouchement à terme ou

prématuré, sans traiter la question de l'avortement dont le diagnostic, pour être complet, donne lieu à des considérations d'un ordre tout particulier et forme un chapitre d'obstétrique absolument à part.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne voulons pas quitter nos maîtres dans les hôpitaux sans leur exprimer notre vive gratitude.

M. Chauffard, à l'hôpital Broussais et M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, ont commencé notre éducation médicale et chirurgicale : nous leur adressons nos remerciements les plus sincères pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

M. Audhoui, médecin de l'Hôtel-Dieu et M. Delpeuch, médecin de l'hôpital Tenon, ont été nos premiers maîtres d'externat : qu'ils veuillent bien croire à toute notre reconnaissance pour leur excellent enseignement et leur amabilité à notre égard.

Nous avons eu la bonne fortune de passer quatorze mois auprès de M. le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, et nous tenons de notre éminent maître le meilleur de nos connaissances chirurgicales ; surtout, nous avons quitté son service convaincu par ses préceptes et son exemple que la première qualité d'un opérateur, c'est la propreté. Aujourd'hui M. le professeur Terrier, en nous faisant le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, augmente, s'il est possible, l'attachement que nous avons pour lui : qu'il daigne donc accepter la dédicace de ce modeste travail comme un faible hommage de notre affection.

M. le docteur Hartmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine, assistant de M. le professeur Terrier, a été pour nous un second maître qui ne nous a jamais ménagé ses excellents conseils : nous sommes heureux de lui en témoigner notre pro-

fonde gratitude, ainsi qu'à MM. Péraire et Guillemain qui ont été pour nous des guides dévoués en même temps que des amis.

M. le professeur Dieulafoy, dont nous avons été l'externe pendant une année à l'hôpital Necker, a laissé sur nous une profonde impression tant par son habileté de clinicien que par sa parole si brillante et si persuasive. Nous n'oublierons jamais son magistral enseignement, pas plus que sa grande affabilité.

Nous avons terminé nos études comme moniteur dans le service d'accouchement de M. Maygrier, à Lariboisière; nous nous y sommes familiarisé, sous l'intelligente direction de notre maître, avec la pratique obstétricale et nous y avons, guidé par ses conseils, pris l'idée de notre thèse. Nous adressons à M. Maygrier l'expression de notre plus vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée.

INTRODUCTION

Définition du travail.

Que faut-il entendre par travail? Quelle idée doit-on se faire de la chose et quelle définition en donner?

La femme enceinte ne passe pas brusquement de l'état de gestation à l'expulsion de son œuf; l'accouchement, c'est-à-dire l'acte fonctionnel par lequel le produit de la conception est séparé de l'organisme maternel, ne peut avoir lieu sans que certaines modifications, tant du côté de la mère que du côté de l'œuf, ne l'aient préparé : c'est à ces modifications qu'on a donné le nom de travail.

On se ferait une idée inexacte du travail, si on supposait qu'il constitue une entité physiologique, un syndrome défini ayant des signes propres, un début et une fin nettement marqués. C'est un intermédiaire entre la grossesse et l'expulsion du fœtus hors des organes génitaux et si on peut lui assigner une terminaison qui est cette expulsion elle-même, il est impossible de lui assigner un commencement : on ne peut dire où finit la grossesse et où commence le travail.

En effet, les phénomènes qui constituent le travail ne naissent pas brusquement, ils sont annoncés, dans la plupart des cas, par des signes dits précurseurs : abaissement du fond

de l'utérus qui se fait quelquefois deux mois avant l'accouchement, tuméfaction de la vulve, écoulement, par le vagin, de glaires visqueuses, jaunâtres, striées de sang, qui font dire que la femme *marque*, facilité plus grande de la digestion et de la respiration, démarche plus assurée ou au contraire pesanteur incommode dans le bas-ventre, le rectum, la vessie. Les contractions utérines qui sembleraient devoir n'appartenir qu'au travail confirmé existent pendant toute la grossesse et deviennent insensiblement de plus en plus fortes à mesure qu'on se rapproche de l'époque de l'accouchement; c'est ce qui avait fait dire à Millot, qui avait très bien vu cette particularité, que l'accouchement ne commençait pas au moment des douleurs, mais que celles-ci n'en formaient qu'un second temps, le premier étant un temps secret : « Nous ne pouvons croire, dit Millot (1), que la nature, cette mère si sage et si prévoyante, passe subitement d'un état passif à un état aussi actif que celui de l'enfantement. Je lui rends plus de justice et je me suis convaincu que l'accouchement commence, chez beaucoup de femmes, plusieurs jours avant les premières douleurs nommées mouches; chez d'autres beaucoup plus tôt; mais, chez les unes comme chez les autres, toujours avant les douleurs. » Ces douleurs, qui sont le phénomène le plus frappant du travail, apparaissent elles-mêmes bien souvent huit jours, quinze jours, trois semaines avant l'accouchement, constituant ce qu'on a appelé *douleurs prémonitoires*. Enfin, les modifications du col utérin qui aboutiront à son ouverture se produisent pendant tout le cours de la grossesse et les trois états qui caractérisent le col de l'utérus gravis, ramollissement, effacement et dilatation, se succèdent sans temps d'arrêt; on en a la preuve dans les divergences d'opinion des auteurs sur l'effacement du col utérin : tandis

(1) Supplément aux traités d'accouchement, p. 247.

que tous admettent que le ramollissement n'appartient qu'à la grossesse, que la dilatation n'apparaît qu'au cours du travail, on ne sait où placer le phénomène intermédiaire, les uns l'attribuant à la grossesse, les autres au travail.

On voit donc que la séparation entre la grossesse et le travail est impossible physiologiquement et qu'elle ne peut être qu'arbitraire. Est-ce à dire cependant qu'il faille renoncer à cette séparation, si artificielle qu'elle soit ? pas le moins du monde. En pratique, elle rend de très grands services et elle s'appuie d'ailleurs sur un ensemble de différences assez marquées pour que, dans l'immense majorité des cas, on puisse reconnaître, à coup sûr, qu'une femme est ou non près d'accoucher. Au point de vue clinique, la notion du travail existe donc très nette et de fait, tout le monde s'entend quand on parle de travail.

Si tout le monde s'entend pour reconnaître qu'il y a lieu de créer un terme de travail correspondant à une entité clinique sinon physiologique et pour affirmer qu'il y a des signes venant appuyer cette conception et en faire une réalité, l'accord cesse quand il s'agit de préciser quels sont, parmi les signes de la fin de la grossesse et de l'accouchement, ceux qu'on devra ranger sous ce nom.

Un signe, par exemple, auxquels les Anciens attachaient une grande importance, a été définitivement et à juste titre rayé du cadre du travail : nous voulons parler de l'engagement d'une partie fœtale, le sommet surtout, dans l'excavation pelvienne. Ce signe était autrefois regardé comme un des symptômes du début du travail, mais nous savons maintenant qu'il se produit chez beaucoup de femmes, les primipares surtout, au huitième et même au septième mois de la grossesse, sans être accompagné d'aucune menace d'accouchement prématuré et que, d'autre part, dans nombre de circonstances (multiparité, rétrécissements du bassin, insertion du placenta sur le segment

inférieur de l'utérus, présentations vicieuses), il ne se produit que quand le travail est déjà avancé ou même pas du tout spontanément.

Pour un autre signe, l'effacement du col, on a discuté longtemps et on discute encore, les opinions les plus opposées sur ce sujet ayant eu cours tour à tour dans la science. Nous ferons, quand nous étudierons les modifications du col utérin à la fin de la grossesse et pendant le travail, l'exposé sommaire des diverses théories à cet égard et nous nous garderons bien de conclure dans un sens ou dans l'autre, car tel n'est pas notre but.

Enfin, quand il s'agit, parmi les deux grands ordres de phénomènes qui précèdent l'accouchement, phénomènes maternels et phénomènes fœtaux, de savoir s'il faut appliquer le terme de travail aux premiers seulement ou à l'ensemble des deux, même divergence d'opinions : certains auteurs ne comprennent sous la dénomination de travail que les modifications de l'organisme maternel et disent que « le travail est l'ensemble des modifications aiguës qui se produisent du côté de la mère pour amener à bref délai la naissance de l'enfant » (Ventuejol, Th. Paris, 1893), « le mot travail vise plus particulièrement les modifications des organes génitaux, qui préparent la sortie fœtale ». (Auvard, Traité d'accouchement), tandis que d'autres font entrer sous cette dénomination tous les phénomènes aboutissant à l'accouchement, aussi bien du côté de la mère que du côté du fœtus. La conception des premiers semble au premier abord plus séduisante, car elle a le mérite de bien mettre en lumière l'importance primordiale de l'organisme maternel dans l'acte de la parturition, mais elle ne correspond pas à la réalité : les diverses modifications maternelles, ovulaires et fœtales ne peuvent se séparer dans le grand tout de l'accouchement, elles évoluent simultanément et sous l'influence des

mêmes causes. La définition exacte et complète du travail est donc la suivante, donnée par MM. Tarnier et Chantreuil : « On donne le nom de travail à un ensemble de phénomènes que l'on observe au terme de la grossesse, soit du côté de la mère, soit du côté du fœtus et des enveloppes de l'œuf et qui aboutissent à l'accouchement. »

Pour nous qui, comme nous l'avons dit, ne nous proposons d'étudier que le côté séméiologique du travail, nous ne considérerons dans les phénomènes maternels et fœtaux de l'accouchement que ce qui peut être utile au diagnostic ; nous les envisagerons uniquement comme moyen de reconnaître que l'expulsion du produit de la conception est proche et nous dirons : *Le travail est un ensemble de phénomènes précédant l'expulsion du produit de la conception et permettant de reconnaître que cette expulsion est proche.*

Mais cette définition est bien vague, voyons si on ne pourrait pas la préciser : passons en revue pour cela les signes classiques du travail et faisons une séparation entre ceux qui sont d'un intérêt séméiologique quelconque et ceux sans importance à ce point de vue.

Tout d'abord, il nous faut écarter complètement les phénomènes ovulaires et fœtaux, car ils ne peuvent servir au diagnostic : nous venons de voir, en effet, ce qu'il fallait penser de l'engagement. La formation de la poche des eaux, sa rupture, ne sont pas d'un plus grand secours pour faire prévoir l'imminence de l'accouchement, car, ou bien ces phénomènes se produisent sans qu'il y ait de phénomènes maternels et alors il n'y a pas travail (on sait, en effet que souvent, à la fin de la grossesse, chez les multipares dont le col est entr'ouvert, on sent une petite poche des eaux ; que, de plus, les membranes peuvent se rompre avant tout début de travail et la grossesse continuer cependant à évoluer plus ou moins longtemps), ou

bien ils se produisent pendant le travail, mais à un moment où celui-ci a déjà pu être reconnu. De même, les divers phénomènes mécaniques succédant à l'engagement du côté du fœtus, rotation, dégagement, etc., n'apparaissent qu'à la fin du travail, c'est-à-dire ont été prévus depuis longtemps.

La notion de l'échéance du terme de la grossesse n'est pas d'un grand secours pour le diagnostic : cette échéance, en effet, ne peut être déterminée que d'une façon approximative et d'autre part le travail, pour se déclarer, n'attend pas toujours qu'elle soit arrivée. Nous avons souvent entendu dire à des femmes : « Je dois accoucher tel jour », et presque toujours l'événement venait donner un démenti formel à leur assertion.

Restent donc les phénomènes maternels : ce sont les seuls utiles au point de vue séméiologique, les seuls qui permettent de faire le diagnostic du travail. Et encore, de ces phénomènes, il faut tout de suite écarter une série, contractions abdominales, écoulement des glaires sanguinolentes, ampliatioin du vagin, du périnée et de la vulve, qui se produisent seulement au moment de l'expulsion du fœtus, c'est-à-dire à la fin de l'accouchement. On a donc, en fin de compte, après éliminations successives, comme signes importants du travail : les contractions utérines et les modifications du col utérin ; et de fait ce sont les seuls auxquels, dans la pratique, on s'adresse pour le diagnostic. Les modifications du col utérin consistant essentiellement dans son ouverture, qu'on fasse commencer celle-ci à l'effacement ou à la dilatation, on peut donc définir le travail : *ensemble de contractions utérines, ouverture du col utérin.*

Ces deux ordres de phénomènes, contractions utérines, ouverture du col utérin, n'évoluent pas chacun pour son propre compte, sans autre rapport que celui d'être contemporains : ils

sont au contraire intimement liés l'un à l'autre et ont entre eux un rapport de cause à effet. L'ouverture du col est une conséquence de la contraction utérine : c'est celle-ci, en effet, qui, par suite du ramollissement du col, tire efficacement ses fibres circulaires pour produire d'abord la dilatation de l'orifice interne et ensuite la dilatation de l'orifice externe ; la grosseur, à ce point de vue, peut être considérée comme une lutte entre les fibres musculaires du corps qui veulent ouvrir le col et celles du col qui résistent : quand celui-ci est assez ramolli pour n'offrir plus de résistance, il est vaincu, il s'ouvre, c'est le travail. Si la poche des eaux, la partie fœtale qui se présente, jouent un certain rôle dans ces modifications du col, ce rôle est tout passif et a besoin, pour entrer en ligne de compte, des contractions utérines : le fœtus ne procède pas lui-même à sa sortie, comme on l'a cru autrefois, il ne rompt pas son œuf comme l'oiseau sa coquille.

Ainsi, nous le voyons, les deux grands signes du travail peuvent être ramenés à un seul, la contraction utérine : qu'on compare l'expulsion du fœtus, comme l'ont fait Power, Paul Dubois et Depaul, à l'excrétion des matières fécales, qu'on assimile, comme M. Keiffer (1), le col à un sphincter complet, qu'on accorde à divers phénomènes, contractions abdominales, saillie de la poche des eaux, engagement d'une partie fœtale, l'importance qu'ils méritent, qu'on admette les théories anciennes ou modernes, françaises ou allemandes, sur l'effacement du col et sa signification, il n'en est pas moins vrai que *le travail consiste essentiellement en une série de contractions utérines capables de produire l'ouverture du col utérin.*

C'est assez dire que dans l'immense majorité des cas (nous

(1) KEIFFER (de Bruxelles), Société obstétricale de France, 9 avril 1896.

ne disons pas la totalité, car il y a des cas, extrêmement rares il est vrai, que nous étudierons plus loin, où ce principe est en défaut) il faudra la réunion de la contraction utérine et de l'ouverture du col pour porter le diagnostic de travail. Aussi, il faudra bien se garder de porter ce diagnostic dans les cas suivants : une femme qui se croit arrivée au terme de sa grossesse éprouve des contractions utérines douloureuses se reproduisant régulièrement, mais son col reste fermé ; une femme, vers la fin de sa grossesse, présente au toucher un orifice cervical en partie dilaté et même une petite poche des eaux, mais sans contractions utérines suivies. De ces deux femmes, l'une pas plus que l'autre n'est en travail, les contractions douloureuses sans dilatation de l'orifice cervical, de même que la dilatation de l'orifice sans contractions douloureuses ne suffisent pas pour constituer le travail.

CHAPITRE PREMIER

Séméiologie des contractions utérines.

Comme nous venons de le voir, le phénomène le plus important du travail, l'unique phénomène, pourrions-nous dire, puisque tous les autres n'en sont que la conséquence, c'est la contraction utérine. Nous allons donc étudier d'abord cette contraction utérine en elle-même, indépendamment des effets qu'elle produit sur le col et que nous étudierons plus loin, de ceux qu'elle produit sur l'œuf et qui n'entrent pas dans notre programme et nous essayerons, nous plaçant au point de vue pratique, de fixer la valeur séméiologique de ce symptôme.

La contraction utérine n'appartient pas en propre au travail : l'utérus est un organe essentiellement contractile, mais dans des proportions augmentant de beaucoup à mesure qu'on se rapproche de l'époque de l'accouchement. L'utérus non grévide est susceptible de se contracter : ainsi chez certaines femmes, à l'époque des règles, dans certaines dysménorrhées telles que la dysménorrhée membraneuse, dans les cas de fibromes pédiculés faisant saillie dans la cavité utérine, la matrice peut se contracter énergiquement pour chasser les corps étrangers qu'elle contient et produire ainsi des douleurs que les femmes

qui en sont atteintes comparent très justement aux douleurs de la parturition.

L'utérus gravide a une contractilité beaucoup plus développée que l'utérus vide, mais surtout plus facile à constater, malgré son indolence habituelle : pendant toute la grossesse, il existe des contractions utérines indolores qui sont un des meilleurs moyens de distinguer l'utérus gravide d'une tumeur abdominale quelconque ; quand, en effet, on explore l'abdomen et qu'on sent sous ses doigts se durcir une masse plus ou moins volumineuse, on peut affirmer qu'on a affaire à une grossesse. Ces contractions deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus fortes à mesure qu'on se rapproche du terme et souvent, dans les derniers jours, elles prennent quelques-uns des caractères qu'elles revêtiront au moment du travail : douleur, répétition fréquente, marche plus ou moins réglée ; l'utérus s'essaye, pour ainsi dire, avant d'entreprendre définitivement l'expulsion du fœtus, ce qui vient à l'appui de notre assertion que le travail et la grossesse ne sont pas deux ordres de phénomènes nettement séparés mais ont leurs symptômes subintants.

Ces *fausses alertes*, comme on les a nommées, de la fin de la grossesse, sont faciles à distinguer du travail véritable : si on prend soin, en effet, de bien étudier les contractions utérines qui se produisent dans ces cas, on voit qu'elles n'ont ni l'intensité, ni la persistance des contractions utérines du travail, et de plus, symptôme capital, le toucher montre que le col a toute sa longueur.

Reconnaître la contraction de l'utérus est une chose facile, soit par la palpation, soit par le toucher : en plaçant la main sur l'abdomen pendant qu'elle existe, on sent l'utérus se durcir sous les doigts ; en pratiquant le toucher on constate, pendant toute sa durée, que l'orifice du col est rigide et que la poche des

eaux, si elle n'est pas rompue, se tend et fait hernie à travers cet orifice. La parturiente, elle, est avertie qu'elle a une contraction par la douleur qu'elle ressent à ce moment et qui lui arrache des plaintes et des cris.

Caractères des contractions utérines du travail.

Les contractions utérines du travail présentent de nombreux caractères qui sont étudiés complètement dans tous les traités classiques : elles sont involontaires, mais soumises néanmoins à l'influence des émotions morales, elles sont générales, c'est-à-dire qu'elles embrassent l'organe tout entier, elles présentent une *évolution spéciale*, enfin elles sont *douloureuses*. Nous ne nous occuperons que de ces deux derniers caractères qui sont les seuls ayant de l'importance pour le diagnostic.

L'intensité des contractions utérines, si elle pouvait être mesurée pratiquement, serait un excellent moyen de reconnaître le travail, en montrant le moment où elle est capable d'ouvrir le col, de rompre les membranes et d'expulser le fœtus. Mais toutes les mesures qu'on en a faites diffèrent beaucoup entre elles et, de plus, exigent des instruments spéciaux (tocodynamomètre de Schatz, tocographe de Poulet).

Evolution des contractions utérines pendant le travail. —

Les contractions utérines sont *persistantes*, c'est-à-dire qu'une fois commencées, elles durent jusqu'à la fin de la période d'expulsion. Elles sont *intermittentes* et reviennent à des intervalles à peu près égaux, si on les considère pendant une même période de travail ; les intervalles qui séparent deux contractions consécutives ont, au contraire, une durée très différente suivant l'époque du travail : au début, elles se manifestent

environ toutes les dix minutes, puis elles se rapprochent insensiblement et arrivent à se reproduire toutes les cinq minutes vers la fin de la période de dilatation, toutes les deux ou trois minutes pendant la période d'expulsion. En même temps que les contractions utérines se rapprochent, elles deviennent plus énergiques ; de même leur durée est plus grande et monte peu à peu d'une demi-minute à une minute environ.

La contraction utérine, pendant le travail, a donc une marche définie, réglée, suivant une même progression ascendante quant à sa durée, sa fréquence et son intensité : elle a une *évolution cyclique*.

On a remarqué, en outre, que les contractions utérines sont, dans la plupart des cas, accouplées deux à deux, de sorte qu'à une contraction forte en succède une faible et réciproquement.

De la douleur. — La douleur est un phénomène tellement général dans l'accouchement que, dans le monde, être en douleurs est synonyme d'être en travail et, certainement, les anciens observateurs, en créant ce dernier terme, avaient dans la pensée le spectacle dramatique de la femme se roulant sur son lit de misère et poussant des cris plaintifs : « Mulier, in dolore paries », dit la Bible. Remarquons, à ce propos, avec Stoltz, que l'enfantement est la seule fonction douloureuse de l'organisme ; mais, comme ajoute avec raison M. Tarnier, ce fait n'est cependant pas isolé dans l'économie : toutes les contractions involontaires un peu violentes, quel que soit l'organe dans lequel elles se produisent, sont accompagnées de douleur (crampes musculaires, coliques intestinales, palpitations de cœur, etc.) ; il est vrai que, dans ces cas, la douleur est pathologique, tandis que dans l'accouchement elle est un phénomène normal, physiologique pour ainsi dire.

La violence de la douleur est le plus souvent en rapport

avec l'intensité de la contraction utérine, mais pas toujours : les contractions irrégulières, par exemple, se font remarquer par une acuité toute particulière de la douleur. D'ailleurs, la susceptibilité nerveuse des parturientes a une grande influence sur la vivacité de leurs sensations et certaines se plaignent vivement et poussent des cris affreux avec des contractions utérines faibles; tandis que d'autres restent impassibles et ne perdent rien de leur tranquillité au moment où les contractions sont le plus violentes.

Le caractère des douleurs diffère beaucoup suivant les différentes parties du travail : habituellement faibles et courtes au début (mouches), elles deviennent de plus en plus longues pendant la période de dilatation (douleurs préparantes) et se font remarquer par l'énervement et le découragement qu'elles donnent aux femmes; agacées de ne sentir aucun progrès; pendant l'expulsion du fœtus, elles se confondent avec l'effort et les cris de la femme prennent alors un timbre guttural caractéristique (douleurs expultrices); enfin elles deviennent extrêmement violentes au moment où la tête, en se dégageant, distend le périnée et la vulve et produit une sensation de déchirement (douleurs conquassantes).

La durée de chaque douleur ne mesure pas exactement la durée de la contraction qui lui a donné naissance : au début d'une contraction utérine, tous les caractères objectifs de cette contraction existent et il n'y a pas encore de douleur; un accoucheur qui constate la naissance d'une contraction par le palper ou le toucher peut donc prédire à la femme qu'elle va souffrir; de même, quand la douleur a disparu, l'utérus reste encore dur pendant quelques instants.

Le siège des douleurs varie un peu suivant l'époque où on les observe : au début de la période de dilatation, elles occupent souvent les régions latérales et inférieures de l'utérus; plus

tard, elles convergent en forme de ceinture vers la région pubienne. Dans quelques cas, elles se font sentir dans les reins et sont alors très pénibles (accouchement par les reins) : « Ces douleurs des reins, dit Depaul (1), s'observent surtout quand la région qui se présente est, pour une cause ou pour une autre, maintenue éloignée de l'orifice (vices de conformation du bassin, présentations de l'épaule et de l'extrémité pelvienne, présentations du sommet ou de la face dans lesquelles l'occiput ou le menton répondent à l'un des points de la moitié postérieure du bassin). Il est des femmes qui ont le triste privilège d'éprouver de pareilles douleurs à tous les accouchements, sans qu'on puisse toujours faire intervenir l'une des causes qui précèdent. »

Tous les caractères que nous venons de citer permettent de différencier facilement les douleurs de l'enfantement de ce qu'on a appelé les *fausses douleurs*. Ces fausses douleurs ne sont pas dues aux contractions utérines : ce sont des névralgies lombo-abdominales, des coliques néphrétiques ou hépatiques, des douleurs intestinales, de l'ovaralgie, du rhumatisme utérin, etc. Dans tous ces cas, il n'y a pas de durcissement de la matrice ou, s'il y en a par hasard, ce durcissement ne coïncide pas avec la douleur ; enfin, et surtout, il n'y a aucun phénomène du côté du col utérin.

Anomalies des contractions utérines.

Les contractions utérines du travail peuvent présenter des anomalies dans leurs deux grands caractères diagnostiques : leur évolution, la douleur qui les accompagne.

(1) Dict. encyclop. des Sciences médic. — Art. « Accouchement » (Phénom. physiolo.).

Anomalies dans l'évolution. — Les contractions utérines peuvent être *irrégulières* : cette irrégularité, qu'on observe surtout dans les cas où la poche des eaux ou une partie fœtale n'appuie pas sur le col utérin (présentation vicieuse, bassin rétréci, etc.), peut se voir néanmoins sans cause appréciable ; elle peut aller jusqu'à l'arrêt complet des contractions pendant un temps plus ou moins long et elle a constamment pour effet de rendre le travail extrêmement lent, la dilatation du col interminable (*tedious labor* des Anglais).

L'arrêt complet des contractions utérines ou *inertie*, qui est si souvent consécutif à la fatigue exagérée de l'utérus, est une autre anomalie fréquemment observée.

Enfin, la contractilité utérine est sujette à une autre modification dans sa marche : nous voulons parler de son *état tonique* ou *permanent*. Dans ce cas, il n'y a plus d'intermittences : l'utérus reste constamment dur et globuleux, la poche des eaux est continuellement tendue, les douleurs sont incessantes. Cette tétanisation du muscle utérin, si fréquente autrefois sous l'influence de l'ergot de seigle, se rencontre encore parfois dans l'hydramnios, la grossesse gémellaire, les rétrécissements du pelvis, la rigidité du col.

Anomalies dans la douleur. — La seule anomalie importante que peut présenter la douleur dans le travail, c'est son *absence* : cette absence tient quelquefois à ce que la femme est privée de sentiment par suite d'anesthésie ou d'éclampsie, mais d'autres fois elle est sans cause appréciable. Les exemples d'accouchements absolument indolores, quoique très rares, sont incontestables et à toutes les époques des observateurs dignes de foi en ont rapporté : témoin cette cliente de Depaul qui, éprouvant le besoin d'aller à la garde-robe, se mit sur un vase et expulsa « croyant remplir une autre fonction », un

foetus d'un volume ordinaire; témoins aussi ces deux femmes observées par Tarnier, dont l'une avait l'habitude de « semer » ses enfants sans s'en apercevoir et dont l'autre accoucha pendant qu'elle dormait paisiblement.

Valeur des contractions utérines au point de vue du diagnostic du travail.

Que faut-il conclure de tout cet exposé? La contraction utérine, nous l'avons vu, ne manque jamais dans le travail; mais peut-on faire, par sa seule constatation, le diagnostic du travail? Assurément non, puisqu'elle ne lui appartient pas en propre et que les sensations objectives qu'elle donne à l'observateur se rencontrent pendant toute la grossesse. La douleur pourra-t-elle être un critérium suffisant? Pas davantage: d'abord elle peut manquer et puis c'est un phénomène purement subjectif, soumis à une foule d'influences personnelles et par là même n'ayant aucune rigueur scientifique.

Le véritable diagnostic du travail ne se fait pas par un seul symptôme: il faut, pour le légitimer, la réunion des contractions utérines et de l'ouverture du col utérin. Dans certaines conditions exceptionnelles, cependant, le col reste fermé et les contractions utérines permettent à elles seules de porter le diagnostic de travail: mais alors il faut qu'elles soient persistantes et de plus en plus rapprochées, en un mot qu'elles présentent l'évolution classique sur laquelle nous avons insisté tout à l'heure.

CHAPITRE II

Le col utérin à la fin de la grossesse et pendant le travail.

Pendant la grossesse, les modifications du col utérin sont tout aussi importantes que celles du corps, mais d'un ordre bien différent. Ces modifications du col ont donné lieu aux opinions les plus contradictoires et maintenant encore les accoucheurs ne sont pas d'accord sur leur signification : cela tient à ce que les différences individuelles avant la grossesse sont très nombreuses, qu'elles le sont encore plus pendant la grossesse et, enfin, que rien n'est plus difficile que d'apprécier avec exactitude l'état du col.

Nous ne ferons, dans ce chapitre, qu'exposer les faits généraux classiques et résumer brièvement les opinions auxquels ils ont donné lieu, sans parler des exceptions fréquentes que nous signalerons plus loin. Parmi les modifications du col, nous n'étudierons que celles qui peuvent avoir un intérêt quelconque pour la question qui nous occupe et nous ne les considérerons qu'à une période où elles sont importantes, c'est-à-dire à la fin de la grossesse et pendant le travail ; de plus, nous ne distinguerons pas les modifications qui appartiennent à la grossesse de celles qui appartiennent au travail, nous réservant de

le faire dans le chapitre suivant, quand nous traiterons la question au point de vue séméiologique.

Changements de situation et de direction. — A la fin de la grossesse, entraîné par le corps de l'utérus qui s'élève et s'incline à droite et en avant, *le col s'élève aussi et se porte en arrière et à gauche* : ce changement de situation se fait en l'absence de tout engagement de la partie fœtale qui se présente, par suite du déplacement du corps utérin, et c'est le seul qui existe quand, pour une raison ou pour une autre, la partie fœtale reste élevée; quand une partie fœtale s'engage, c'est-à-dire, dans les cas normaux, dans les deux ou trois derniers mois chez les primipares, dans les quinze derniers jours chez les multipares, la partie engagée, le sommet le plus souvent, abaisse le col et de plus, comme elle appuie sur la paroi antérieure du segment inférieur, le repousse en arrière, de sorte que son orifice regarde la concavité du sacrum et qu'il forme avec le corps un angle plus ou moins obtus ouvert en arrière.

Ramollissement. — Le col utérin diminue de consistance dès le début de la grossesse : ce ramollissement se fait de bas en haut et envahit peu à peu, par couches successives, toute la hauteur du col, portion sus-vaginale comprise. Il marche plus vite chez la multipare que chez la primipare, mais chez l'une comme chez l'autre il est complet dans le dernier mois de la grossesse; il est toujours plus prononcé chez la première que chez la seconde.

Effacement. — Cette modification du col utérin est celle sur laquelle les opinions ont le plus varié et aujourd'hui encore les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. Il est nécessaire, pour donner une idée exacte de la question, d'exposer brièvement

les diverses doctrines auxquelles elle a donné lieu ; celles-ci sont au nombre de trois, à savoir :

1° Le col s'efface dans les trois derniers mois de la grossesse ;

2° Le col s'efface dans les quinze derniers jours de la grossesse ;

3° Le col ne s'efface qu'au début du travail.

1° D'après la doctrine ancienne, dès le sixième mois le col commence à s'évaser dans sa partie supérieure pour laisser passer une partie de l'œuf dans sa cavité ; à mesure qu'on se rapproche du terme de la grossesse, cet évasement continue de haut en bas, concourant ainsi à l'ampliation de la matrice, de sorte qu'à la fin de la grossesse le col a complètement disparu ou est réduit à un bourrelet plus ou moins épais. Exprimée déjà par Galien, cette opinion fut professée par Mauriceau, de la Motte et Puzos, admise avec des variantes par Levret, Smellie, Rœdern, Stein, A. Petit, Baudelocque, Velpeau, M^{me} Boivin. Sa caractéristique est d'admettre que *la période d'effacement du col embrasse les trois derniers mois de la grossesse et que le col participe à l'extension de la matrice.*

Récemment, plusieurs auteurs allemands ont repris, en la modifiant, la théorie ancienne. Braune (1), d'après des coupes de femmes mortes à la fin de la grossesse, admet que le col utérin (portion sus-vaginale) s'évase et acquiert des dimensions considérables, car il indique comme orifice interne un anneau situé à 11 centimètres de l'orifice externe. Bandl (2) admet que le col diminue de longueur, au contraire, à la fin de la grossesse

(1) Die Lage des Uterus und Foetus am Ende der Schwangerschaft. Leipzig, 1872.

(2) Ueber das Verhalten des Uterus und Cervix in der Schwangerschaft und während die Geburt. Stuttgart, 1876.

et contribue à former, de concert avec le segment inférieur de l'utérus, un canal (*canal de Braune*) ; à la fin de la grossesse, la portion vaginale du col n'a pas complètement disparu, il en reste encore un petit moignon qui disparaît sous l'influence des premières contractions du travail ; Bandl décrit comme limite supérieure au canal de Braune un rebord résultant de la différence d'épaisseur du segment inférieur mince et des parois du corps utérin épaissies : ce rebord (*anneau de Bondl*, *anneau de contraction*) n'est pas, comme l'a prétendu Braune, l'orifice interne du col ni un sphincter musculaire spécial comme l'ont soutenu d'autres auteurs, c'est tout simplement une différence d'épaisseur qui tient à ce que la couche moyenne de la tunique musculaire de l'utérus s'amincit en arrivant au niveau du canal de Braune.

2° Regnier de Graaf, Verheyen, Weitbrecht avaient commencé à attaquer l'opinion ancienne, celle de Mauriceau, mais sans donner contre elle de preuves convaincantes. En 1826 parut la thèse inaugurale de Stoltz intitulée : « Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchements ». Dans cette thèse qui fait époque dans la science, Stoltz affirme que, dans la plupart des cas, *le col utérin ne diminue pas de longueur avant les quinze derniers jours de la grossesse* ; le col semble, en effet, diminuer de longueur à partir du sixième mois, mais en réalité il n'en est rien : le raccourcissement n'est qu'apparent et dû à un affaissement de l'organe par suite de son ramollissement, à une dilatation fusiforme de sa cavité par rapprochement de l'orifice externe et de l'orifice interne. Voici d'ailleurs comment Stoltz s'exprime, page 6 : « Jusqu'au sixième mois, la portion vaginale du col de l'utérus paraît plutôt plus longue que raccourcie, mais alors elle commence à perdre de cette longueur et elle s'évase à la partie supérieure ;

les rides internes, très prononcées pendant la gestation, doivent s'effacer en partie et vers le neuvième mois il ne forme plus qu'un mamelon assez gros. L'orifice externe reste cependant toujours fermé, tout au plus la fossette devient-elle un peu plus profonde, en même temps que le bord est plus mou ; il se rapproche de l'interne : la cavité du col devient par là plus large dans son milieu, jusqu'à ce que les deux ne soient plus guère éloignés l'un de l'autre ; alors l'interne s'entr'ouvre le premier, ce qui ne paraît arriver qu'à dans la dernière quinzaine du neuvième mois : le reste du col disparaît beaucoup plus vite qu'il n'avait fait jusqu'alors ; on ne sent plus la moindre saillie et l'orifice externe est encore fermé », et plus loin, page 13 : « *dans la première gestation, le col disparaît de l'intérieur à l'extérieur et dans les subséquentes de l'extérieur à l'intérieur.* »

Comme on voit, l'opinion de Stoltz diffère beaucoup de celle de ses devanciers : ceux-ci admettaient l'effacement du col dans les trois derniers mois, lui ne l'admet que dans les quinze derniers jours. De plus, pour Stoltz, cet effacement se fait de haut en bas chez les primipares, de bas en haut chez les multipares : chez les premières, l'orifice interne va à la rencontre de l'orifice externe, chez les autres c'est l'orifice externe qui se déplace.

Jacquémier, Cazeaux, Dubois, Pajot (en France), Kilian, Scanzoni, Mathews Duncan, Taylor, Schröder, Müller, Lott (à l'étranger) admirent les idées de Stoltz. MM. Tarnier et Chantreuil se rangèrent aussi à son avis en ce qui concerne le non effacement du col avant les quinze derniers jours de la grossesse, mais, contrairement à l'accoucheur de Strasbourg, admirent que, *chez les multipares comme chez les primipares, le col s'efface de haut en bas* ; actuellement tout le monde a adopté l'opinion de Tarnier et Chantreuil sur ce dernier point, sauf MM. Pénard et Charpentier.

3° Stratz, Waldeyer, Hofmeier, Martin, M. Pinard, M. Varnier, M. Auvarad admettent que *le col ne s'efface qu'au moment du travail*. Pour M. Pinard, l'erreur de Stoltz, aussi bien que celle des Anciens, tient à une faute d'interprétation : à la fin de la grossesse, en effet, quand le col est entièrement ramolli, le doigt le déprime sans s'en rendre compte et si l'on n'a pas recours à un artifice spécial que conseille M. Pinard et que nous indiquerons plus loin, on croit qu'il a perdu sa longueur alors qu'il l'a encore tout entière. Le même auteur dit qu'on peut cependant rencontrer, avant terme, un col vraiment effacé, mais alors il y a tension anormale dans l'œuf, résultant d'hydropisie de l'amnios ou de grossesse gémellaire et, dans ce cas, le col est plutôt déhiscent qu'effacé; quand il y a, avant terme, effacement véritable, c'est qu'il y a eu un début de travail prématuré.

Tel est le résumé des principales opinions émises au sujet de l'effacement du col : on voit qu'elles diffèrent entre elles du tout au tout et que toutes sont appuyées par des autorités incontestées. Nous ne prendrons parti ni pour l'une ni pour l'autre : nous envisagerons, dans le prochain chapitre, la question de l'effacement du col au seul point de vue du diagnostic du travail et nous tâcherons de fixer sa valeur séméiologique.

Etat des orifices.— — A. *Avant l'effacement.* — L'état des orifices du col doit être étudié séparément chez les primipares et chez les multipares.

Chez les PRIMIPARES, *l'orifice externe* a une forme circulaire; ses bords sont polis, sans inégalités ni déchirures. On admet généralement qu'il reste fermé jusqu'à la fin de la grossesse; dans tous les cas, si certains auteurs pensent qu'il est quelquefois entr'ouvert et peut admettre dans le courant du neuvième

et même du huitième mois, la pulpe de l'index, la plupart sont d'avis qu'il n'est jamais assez ouvert pour permettre au doigt de parcourir le canal cervical. L'orifice interne, pour tous les accoucheurs, reste complètement fermé jusqu'au moment où commence l'effacement.

Chez les MULTIPARES, l'orifice externe a des bords irréguliers présentant des déchirures et des cicatrices provenant d'accouchements antérieurs. Dès le début de la grossesse il est large, béant, et laisse facilement passer le doigt. La cavité du col s'évase aussi, mais d'autant moins qu'on avance vers l'orifice interne : elle a la forme d'un éteignoir (Pajot); elle devient de plus en plus perméable à mesure qu'on approche du terme. L'orifice interne reste souvent fermé jusqu'à la fin de la grossesse, mais souvent aussi, surtout chez les grandes multipares, il se laisse facilement traverser par le doigt qui arrive ainsi directement sur les membranes.

B. Pendant l'effacement. — Nous avons vu qu'on n'admettait plus l'effacement de bas en haut et la persistance de l'orifice interne. Pendant l'effacement donc, l'orifice interne disparaît peu à peu et se trouve remplacé par un anneau du col situé immédiatement au-dessus de la portion qui vient de s'évaser; cet anneau est de plus en plus inférieur à mesure que l'effacement devient plus complet. L'orifice externe conserve ses caractères respectifs chez la primipare et chez la multipare.

C. Après l'effacement. — Après l'effacement du col, des deux orifices, l'externe seul existe encore avec des caractères différents chez les primipares et les multipares. Chez les PRIMIPARES, l'orifice externe est fermé; ses bords sont réguliers, minces, tendus, ils serrent l'extrémité du doigt qui l'explore; ils se continuent, sans ligne de démarcation, avec les parois

cervicales et la situation de l'orifice externe n'est décelée que par une légère dépression. Chez les MULTIPARES, au contraire, il est irrégulier, entr'ouvert, se laissant facilement franchir par le doigt; *ses bords sont épais, mous* et forment un gros bourrelet dépassant de beaucoup le niveau des parties voisines.

Dès que le col a disparu, l'orifice externe ne tarde pas à subir une modification des plus importantes : il s'ouvre peu à peu jusqu'à ce qu'il puisse livrer passage au produit de la conception. C'est à cette ouverture de l'orifice externe de l'utérus qu'on a donné le nom de *dilatation*. La dilatation succède sans temps d'arrêt notable à l'effacement, de sorte que les caractères que nous avons indiqués comme appartenant à l'orifice externe après l'effacement n'existent que pendant un espace de temps très restreint, ils sont pour ainsi dire virtuels; cependant, chez les primipares âgées, il y a parfois un temps d'arrêt entre l'effacement complet et la dilatation.

La dilatation de l'orifice utérin a pour effet de donner à cet orifice des dimensions de plus en plus grandes (pièces de un franc, de deux francs, de cinq francs, paume de la main); elle se continue jusqu'à ce que ses bords se mettent en contact avec les parois de l'excavation : on dit alors que la dilatation est *complète*. A ce moment, la poche des eaux se rompt et l'expulsion du fœtus commence.

La dilatation marche plus ou moins vite suivant les périodes auxquelles on la considère : au début, elle progresse très lentement, mais à la fin, quand elle a acquis la grandeur d'une paume de main, elle arrive rapidement à être complète. Les causes empêchant la poche des eaux ou la partie fœtale qui se présente d'appuyer sur le col rendent la dilatation très lente (rétrécissement du bassin, présentation du siège ou du tronc, etc.); dans ces cas, souvent même elle n'arrive pas à être complète, si longtemps que le travail dure : le col n'est que

dilatable, c'est-à-dire qu'on peut l'écarter d'une manière suffisante pour pratiquer une intervention. L'état pathologique des lèvres du col, les contractions peu énergiques de l'utérus agissent de même. A part ces causes bien connues, il y a des conditions individuelles tout à fait ignorées qui font que, chez diverses femmes prises au hasard, la période de dilatation offre de grandes différences de durée.

Que devient l'orifice utérin pendant sa dilatation, au point de vue de sa situation et de sa forme ? L'orifice externe, nous l'avons vu, est situé en arrière à la fin de la grossesse ; mais, à mesure que la dilatation fait des progrès, il tend de plus en plus à venir au centre de l'excavation. L'épaisseur des bords varie suivant qu'on considère une primipare ou une multipare : chez la première, les bords, minces après l'effacement, s'épaississent un peu à mesure que l'orifice s'agrandit (épaississement secondaire) ; chez la seconde, il se produit un phénomène inverse, de sorte que, quand la dilatation a une certaine étendue, le contour de l'orifice externe est identique chez la primipare et chez la multipare.

CHAPITRE III

Séméiologie des modifications du col utérin.

1° Examen du col.

Il s'agit maintenant d'appliquer au diagnostic du travail les données que nous venons d'exposer sur l'état du col à la fin de la grossesse et pendant le travail. Pour cela, plusieurs choses sont nécessaires :

- A. Rechercher le col ;
- B. Apprécier son état ;
- C. Interpréter les résultats obtenus par cette exploration, c'est-à-dire conclure, suivant les modifications observées, à l'existence ou à la non-existence du travail.

A. — La RECHERCHE DU COL ne peut se faire que par un seul mode d'exploration, le *toucher vaginal*. Nous ne décrivons pas la manière de procéder au toucher vaginal, pas plus que les précautions antiseptiques qu'il faut prendre en pareil cas, car ce serait faire injure au public médical que de supposer qu'à notre époque il est encore besoin de parler de propreté obstétricale. Faisons seulement observer qu'à la fin de la grossesse le

col utérin est complètement ramolli ainsi que les parois vaginales et qu'il est beaucoup plus difficile de distinguer les organes les uns des autres que quand l'utérus est à l'état de vacuité.

Aussi, pour être certain de ne laisser aucune partie inexplorée, il faut procéder, dans son examen, d'une façon méthodique : le doigt suit d'abord la paroi antérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac antérieur, puis il parcourt successivement, en admettant que ce soit l'index droit qui touche, le cul-de-sac latéral gauche, le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral droit. Si l'on n'a rien trouvé ainsi, le doigt, conduit directement d'avant en arrière, va du cul-de-sac antérieur au postérieur puis transversalement d'un cul-de-sac latéral à l'autre : on arrive de cette façon fatalement à découvrir le col dans l'intérieur du cercle précédemment décrit. Le plus souvent, la première exploration suffit car, comme nous l'avons dit, le col est ordinairement en arrière et à gauche.

M. Budin a donné l'ingénieuse comparaison suivante à la manœuvre dont nous venons de parler : « Lorsqu'on voit un perdreau se poser dans un champ, dit-il, on s'y rend en toute hâte ; parvenu au lieu même où il s'est abattu, on fait chercher son chien. Celui-ci, s'il a été bien dressé, parcourt une grande circonférence ; il rencontre alors la piste, si le gibier s'est enfui ; dans le cas contraire, il bat en tous sens l'intérieur du cercle qu'il a d'abord tracé et bientôt il tombe en arrêt. Lors donc que vous serez en quête du col, n'oubliez pas la conduite du chien de chasse (1). »

B. — L'APPRÉCIATION DE L'ÉTAT DU COL résulte de ce que nous avons dit dans le chapitre précédent sur ses modifications

(1) BUDIN. Leçons de clinique obstétricale. Du toucher vaginal.

pendant la grossesse et le travail. Le doigt qui touche trouve un col plus ou moins long ou simplement un orifice plus ou moins dilaté, suivant qu'on en est à la période d'effacement ou à celle de dilatation. Nous verrons plus loin les difficultés qu'on peut rencontrer dans cette phase de l'examen du col et les moyens d'y parer.

C. — Ce n'est pas tout : quand on a trouvé le col utérin, qu'on a vu dans quel état il se trouvait, il faut conclure, INDICUER LA SIGNIFICATION DES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS. Quand devra-t-on dire qu'une femme est en travail d'après l'état de son col ? Est-ce quand il est complètement fermé et qu'il a toute sa longueur ? Est-ce quand il s'efface tout en restant fermé ? Est-ce seulement quand il se dilate ?

Tout d'abord, disons que, *quand le col a toute sa longueur, il ne peut être question de travail* : tout le monde est d'accord là-dessus. D'autre part, *quand il est complètement effacé et qu'il y a une dilatation plus ou moins grande*, pas de doute non plus : *la femme est en travail, même si elle n'a pas de douleurs*, pourvu que la dilatation soit *progressive*, ce dont il est facile de s'assurer en pratiquant le toucher à différentes reprises.

Mais, quand on examine une femme dans cette période intermédiaire à celle où le col a toute sa longueur et à celle où il n'est plus qu'un orifice qui se dilate, dans cette période d'effacement, source de tant de polémiques autrefois et aujourd'hui, doit-on dire que cette femme est ou n'est pas en travail ? Sans nous occuper du point de vue scientifique pur, au point de vue simplement pratique, doit-on dire à une femme qu'on observe pendant que son col s'efface : « Vous êtes sur le point d'accoucher » ou « vous avez encore à attendre ? » Les divergences d'opinion qui ont existé et existent entre les accou-

cheurs sur ce sujet, sont la meilleure réponse à cette question : *l'effacement du col*, si difficile à constater, d'une appréciation si arbitraire, *ne peut pas servir seul à faire un diagnostic de travail* ; pour que ce diagnostic soit possible, il faut qu'il y ait coïncidence de contractions utérines avec tous leurs caractères, et si ces contractions manquent (1) ou n'ont pas leurs caractères, il faut se résigner à attendre avant de porter un diagnostic ferme, que les modifications du col soient devenues plus significatives et jusque-là n'user vis-à-vis des intéressées que de formules vagues, de phrases à la normande pour ainsi dire : « Vous accoucherez bientôt », « cela ne tardera pas » ou la formule célèbre de Pajot : « Vous accoucherez quand vous aurez des douleurs. »

2° Difficultés et causes d'erreur dans le diagnostic du travail par l'examen du col.

Nombreuses sont les difficultés, nombreuses sont les causes d'erreur qui peuvent survenir dans le diagnostic du travail, du fait du col utérin. Nous les grouperons comme nous avons groupé les différents temps de l'examen du col et nous étudierons successivement :

A. — Difficultés et causes d'erreur dans la recherche du col utérin ;

B. — Difficultés et causes d'erreur dans l'appréciation de l'état du col ;

C. — Difficultés et causes d'erreur dans l'interprétation des résultats obtenus par l'exploration du col.

(1) Nous avons observé attentivement un grand nombre de femmes dans la période d'effacement et nous avons trouvé tantôt la présence, tantôt l'absence des contractions utérines douloureuses (Note de l'auteur).

A. — *Difficultés et causes d'erreur dans la recherche du col utérin.*

Certaines dispositions du col, les unes normales, les autres anormales, peuvent rendre difficile sa découverte par le toucher vaginal :

1° Chez les *primipares*, par exemple, après l'effacement, il est réduit à l'orifice externe, le plus souvent fermé ; cet orifice se confond ordinairement avec les parties environnantes sans aucune différence de niveau, de sorte qu'il est souvent très difficile à trouver, sa présence ne se révélant par aucune saillie. Chez les *multipares*, à la fin de la grossesse, quand le col est entièrement ramolli, ce ramollissement est porté à un degré tel que le col ne se distingue pas des parties voisines, culs-de-sac, vagin, et donne au doigt la même sensation que celles-ci : « Au fond du vagin, il n'y a que du mou », disait Pajot dans son langage pittoresque. D'un côté comme de l'autre, on aura facilement raison de toutes les difficultés si on fait une exploration méthodique du fond du vagin, en ayant soin de n'en laisser aucune partie sans l'avoir parcourue.

2° Une *tumeur*, un *cloisonnement transversal du vagin*, peuvent empêcher le doigt de parvenir jusqu'au col. Mais un cloisonnement offre toujours un orifice qui sera rarement assez étroit pour arrêter le doigt ; dans le cas où une telle étroitesse existerait comme dans le cas plus rare où, pour une cause ou pour une autre, l'orifice se serait obturé entre l'époque de la conception et l'accouchement, on ferait un débridement. Quand on a affaire à une tumeur vaginale, on la ponctionne si elle est liquide, on tâche de la contourner si elle est solide ; dans le cas où la tumeur solide est infranchissable, comme il faut presque à coup sûr en venir à une opération césarienne pour extraire

le fœtus, la constatation de l'état du col n'a pas d'importance et peut être négligée.

Quand le *col* est *oblitéré* par un néoplasme, des cicatrices, quand il y a agglutination de ses lèvres, il est souvent très difficile et même impossible à découvrir; de plus, comme dans ces différents cas il ne se dilate pas, on est bientôt forcé d'intervenir pour livrer passage au fœtus, de sorte que le diagnostic a une importance capitale. Mais, de ce qu'on ne trouve pas le col facilement pour le toucher, il ne faut pas se hâter de conclure qu'il est oblitéré: il faut explorer attentivement et avec méthode le fond du vagin et ne prononcer le mot d'obstruction que si cette exploration a été infructueuse; d'ailleurs, même en cas d'oblitération, il est bien rare qu'une petite saillie, une petite bride fibreuse ne viennent indiquer la place du col.

Une des causes les plus fréquentes qui peuvent induire en erreur et faire croire que le col est oblitéré alors qu'il ne l'est pas, c'est la *situation anormale du col*. Nous avons vu, en effet, que, dans la majorité des cas, à la fin de la grossesse, le col utérin est situé en arrière et à gauche, c'est-à-dire à l'union des culs-de-sac gauche et postérieur du vagin: cette position vient de l'inclinaison en sens inverse, c'est-à-dire en avant et à droite du corps de l'utérus. Mais supposons, et le cas se rencontre assez souvent dans les premiers mois de la grossesse (rétroversion de l'utérus gravide), rarement il est vrai à la fin, une inclinaison en arrière du corps de l'utérus: le col se trouvera alors très en avant, dans le cul-de-sac antérieur et son orifice externe regardera en haut et en avant. De même, quand on a affaire à un corps utérin qui est dans une antéversion prononcée jusqu'à retomber sur les cuisses (*abdomen pendulum*, ventre en obusier, en besace), le col se trouve situé très haut dans le cul-de-sac postérieur et regarde en haut et en

arrière. Les latéroversions utérines donnent lieu aux mêmes considérations : elles ont pour effet de repousser le col dans le cul-de-sac opposé au côté de l'abdomen où se trouve le corps.

Une autre catégorie de déviations du col utérin tient à ce que le segment inférieur se développe d'une façon inégale dans ses différentes parties. Le plus souvent, c'est la partie antérieure du segment inférieur qui, par suite de l'engagement d'une partie fœtale dans l'excavation, se développe plus que la partie postérieure : il en résulte que le col est repoussé en arrière, très haut dans le cul-de-sac postérieur. Quelquefois, c'est la partie postérieure du segment inférieur qui acquiert un développement inaccoutumé : cette *dilatation sacciforme*, *saccus cæcus uteri*, comme on l'appelle, peut tenir à l'engagement d'une partie fœtale en arrière du col, fait rare, ou bien à ce que, dans les premiers mois de la grossesse, il y a eu rétroversion du corps utérin, rétroversion ayant persisté partiellement jusqu'à l'accouchement ; quoi qu'il en soit, on trouve en ce cas le col très haut dans le cul-de-sac antérieur, derrière ou même au-dessus de la symphyse pubienne.

Les déviations du col utérin, surtout celles qui sont dues à une distension du segment inférieur, peuvent parfois rendre très difficile la recherche de ce col. Dans bien des cas, le doigt ne peut arriver jusqu'à lui. Il ne faut pas hésiter, alors, quand la nécessité de formuler un diagnostic s'impose, à faire le *toucher manuel*, de préférence sous le chloroforme ou mieux le bromure d'éthyle : avec la main introduite dans le vagin, on arrivera toujours au fond des culs-de-sac et on pourra les explorer méthodiquement. La position gènu-pectorale donnée à la femme peut quelquefois suffire pour permettre d'atteindre le col dans le cas de déviation antérieure.

Depaul a publié une observation remarquable de déviation en

avant du col de l'utérus. Il crut dans ce cas à une oblitération fibreuse et porta le bistouri sur la convexité de la tumeur sacculaire, en un point qu'il crut être le siège de l'orifice externe. Il incisa le tissu utérin, arriva sur le placenta et la femme mourut d'hémorrhagie.

B. Difficultés et causes d'erreurs dans l'appréciation de l'état du col utérin.

Les erreurs que l'on peut commettre dans l'appréciation de l'état du col utérin sont de deux sortes :

1° On peut croire à un effacement complet ou à une dilatation, alors que le col a encore toute sa longueur.

2° On peut méconnaître un effacement complet ou une dilatation qui existent.

1° Modifications normales ou anormales du col ou des parties voisines qui peuvent en imposer pour l'effacement ou la dilatation.

a) MODIFICATIONS QUI PEUVENT EN IMPOSER POUR UN EFFACEMENT SANS DILATATION OU AVEC DILATATION LÉGÈRE. — *Col déhiscent des multipares.* — Chez les multipares, en l'absence de toute anomalie, l'état du col utérin à la fin de la grossesse peut facilement faire croire qu'il y a effacement complet et même dilatation plus ou moins grande, alors que le col n'a rien encore perdu de sa longueur. Nous avons vu, en effet, que chez les multipares arrivées près du terme, le col avait une mollesse et une flaccidité telles qu'on ne pouvait qu'à grand-peine le distinguer des parties environnantes : dans ces conditions, le doigt qui cherche à apprécier sa longueur le repousse

facilement sur le côté ou le fait s'affaisser sur lui-même, rapprochant ainsi artificiellement l'orifice externe de l'orifice interne; de cette façon, on croit qu'il y a effacement complet alors que cet effacement n'est même pas commencé.

Une autre particularité que présente le col des multipares à la fin de la grossesse vient encore rendre l'erreur plus facile à commettre. On sait, en effet, qu'à cette époque l'orifice interne est toujours largement ouvert, que le canal cervical est perméable dans toute son étendue et que, dans la majorité des cas, l'orifice interne se laisse pénétrer par le doigt qui arrive ainsi jusque sur les membranes; comme, par suite du ramollissement extrême de toutes les parois du canal cervical, le doigt n'éprouve, du fait de ces parois, aucune sensation de résistance, celui qui examine la femme peut très bien ne pas s'apercevoir qu'il a traversé un bourrelet épais avant d'arriver sur les membranes et croire que l'effacement est complet et la dilatation commencée. C'est ainsi que M. Pinard explique l'erreur commise, d'après lui, par les partisans de l'effacement du col avant tout début de travail; pour éviter cette erreur, il conseille la manœuvre suivante: « Ramenez, dit-il, le doigt en avant, en effleurant pour ainsi dire la région cervicale, ou bien, si c'est le col d'une multipare, après l'avoir introduit jusqu'à l'orifice interne, ramenez-le jusqu'à l'orifice externe, en suivant constamment la paroi du canal cervical, et vous constaterez que le col, que vous croyiez tout à l'heure effacé, a encore, en réalité, une longueur plus ou moins considérable (1). »

Col déhiscent chez les primipares. — La déhiscence du col avant tout début de travail, qui est la règle chez les multipares, est l'exception chez les primipares. Suivant nombre d'auteurs,

(1) PINARD. *Semaine médicale*, 1886, p. 147-148.

on ne rencontre cette anomalie que quand il y a hydramnios ou grossesse gémellaire, ou bien qu'il y a eu un début de travail prématuré; nous l'avons cependant observée dans des cas où aucune de ces causes ne pouvait être invoquée : le fait suivant nous paraît très probant à cet égard.

Une femme âgée de 23 ans, *primipare* d'après ce qu'elle dit et aussi d'après la persistance de son hymen (1) et la non-déchirure de son col), enceinte de 8 mois environ, est admise dans le service de M. Maygrier à l'hôpital Lariboisière, le 14 février 1891, pour étouffements et légers troubles visuels coïncidant avec la présence d'albumine dans l'urine. Par le palper, on constate une tête mobile au détroit supérieur, pas d'hydramnios. Par le toucher, on sent le col de l'utérus entr'ouvert mais ayant toute sa longueur; le doigt, après avoir traversé sans résistance le canal cervical, arrive jusque sur les membranes : la femme n'avait eu aucune douleur et n'avait pas encore été touchée auparavant.

Elle reste dans le même état jusqu'au 29 février; pas de douleurs sauf de légers maux de reins dus à une névralgie lombaire; le col reste long et ouvert. Le 29 février, on constate que la tête est engagée dans l'excavation : on atteint difficilement le col situé très en arrière; ce col a les mêmes caractères qu'auparavant.

La femme entre en travail le 12 mars au matin pour accoucher le même jour à dix heures du soir, après être restée à l'hôpital un mois avec un col perméable.

La rareté de la déhiscence du col chez les primipares peut faire facilement commettre des erreurs : on ne songe guère en effet à sa possibilité quand on examine une femme enceinte

(1) Voir BUNN. Obstétrique et gynécologie. Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal.

pour la première fois et, si on arrive sur les membranes, on est porté à croire qu'il y a travail. On évitera l'erreur en pratiquant chez toutes les femmes, primipares aussi bien que multipares, dont l'orifice externe est perméable, la manœuvre de M. Pinard.

Effacement de la lèvre antérieure du col avant la lèvre postérieure. — Un fait sur lequel Schröder, Müller, Lott, ont les premiers attiré l'attention, se produit fréquemment à la fin de la grossesse, surtout chez les primipares. Ce fait est le suivant : la tête fœtale presque toujours engagée, chez les primipares, vers le septième mois, vient occuper la partie antérieure de segment inférieur qu'elle distend, rejetant ainsi le col en arrière ; tout son poids porte ainsi sur la partie antérieure du col. Or, on sait qu'un des agents les plus actifs de l'effacement du col est la pression exercée sur lui par la partie fœtale engagée : la lèvre antérieure, donc, aura tendance à s'effacer beaucoup plus vite que la lèvre postérieure et, tandis que celle-ci aura encore toute sa longueur, l'autre aura presque complètement disparu.

Voici comment Schröder explique le mécanisme de cet effacement : « Chez les primipares, tout le cul-de-sac antérieur du vagin est refoulé dans ce conduit par la tête qui est engagée dans le bassin et qui se trouve même quelquefois déjà au niveau du détroit inférieur. Par suite, les replis de la muqueuse que formait la paroi antérieure du vagin sont effacés, si bien que la muqueuse, au niveau de l'orifice externe, s'attache à la lèvre antérieure et que la partie vaginale du col s'efface en avant..... Celui-ci se trouve, par la présence de la tête, si bien attiré vers le segment inférieur de l'utérus, que l'orifice externe se trouve à la symphyse, l'interne vers le sacrum. Cette raison fait que la tête semble étroitement appli-

quée sur l'orifice utérin (1). » Müller s'exprime de la même façon que Schröder et admet que la même particularité peut se rencontrer, quoique plus rarement, chez les multipares, lorsque la tête est profondément engagée. Pour Lott, l'effacement de la lèvre antérieure se fait seulement aux dépens de la partie musculaire de cet organe et la muqueuse forme un bourrelet au niveau de l'orifice interne.

Quoi qu'il en soit, on conçoit qu'une pareille disposition puisse facilement faire commettre une erreur. On pratique en effet le toucher, on arrive sur le col et, comme c'est tout d'abord la lèvre antérieure que l'on sent, puisque la pulpe de l'index est tournée en avant, on remarque que cette lèvre antérieure a disparu et que le bord antérieur de l'orifice externe du col se continue sans ligne de démarcation avec le segment inférieur; d'où l'on conclut que le col est effacé et même dilaté, pour peu que l'orifice externe soit perméable. Mais, si l'on a soin de ne pas borner là son examen et d'explorer la lèvre postérieure du col, on verra qu'elle a conservé toute sa longueur, qu'on la parcourt sur sa face vaginale si le col est imperméable, sur sa face intracervicale si le col est perméable.

Nous avons été témoin, dans le service de M. Maygrier, d'un cas d'effacement hâtif de la lèvre antérieure du col, cas très intéressant à ce double point de vue qu'il se rencontrait chez une multipare et qu'il donna lieu à plusieurs erreurs de diagnostic.

Il s'agissait d'une *multipare* (3^e grossesse), âgée de 32 ans, entrée dans le service le 13 février 1896; ayant eu ses dernières règles du 6 au 10 mai 1895, elle se trouvait à peu près à terme. Elle disait avoir, depuis deux jours, des douleurs revenant environ toutes les deux heures et durant dix minutes.

(1) SCHROEDER. Manuel d'accouchement. Traduc. Charpentier, 1875.

Pour le toucher, on sentait un sommet profondément engagé. Le col largement ouvert, laissait le doigt pénétrer jusqu'aux membranes : *en avant, il n'y avait plus de lèvre du tout*, mais, simplement, un bout épais d'un demi-centimètre environ.

Plusieurs personnes ayant examiné cette femme affirmèrent qu'elle était en travail, mais M. Maygrier fit observer que, si on avait soin de faire le toucher intracervical, on constatait que *la lèvre postérieure avait toute sa longueur*, que, par conséquent, il n'y avait pas travail.

Et en effet, *la femme resta dans le même état sans presque souffrir, du 13 au 17 février*, et, le 18 seulement, à une heure du matin, elle accoucha après être restée *à peine une heure en période de dilatation*, un quart d'heure en période d'expulsion.

Élévation du col. — Quelquefois, quand la partie qui se présente est encore élevée, l'utérus s'élève aussi et entraîne le col avec lui. Qu'il se joigne à cela une tuméfaction du tissu cellulaire paracervical, comme on l'observe souvent dans ce cas, la partie vaginale du col aura complètement disparu. Mais, si l'on a soin de pratiquer le toucher intracervical, on constate qu'avant d'arriver à l'orifice interne on a à parcourir le canal cervical tout entier.

Disparition du museau de tanche. — Sappey, d'après Cazeaux, cite deux cas où le museau de tanche avait disparu d'une façon permanente : les deux femmes en question avaient eu, l'une dix-sept, l'autre dix-neuf enfants. Les femmes ayant subi l'amputation du col se trouvent dans les mêmes conditions.

Il est évident que, quand on a affaire à une disposition pareille, on trouve toujours, qu'on examine la femme en travail ou non, enceinte ou non, un col absent dans sa partie vaginale. Mais, outre que les commémoratifs (grande multiparité,

amputation antérieure du col) mettent sur la voie du diagnostic, que, en outre, dans le cas d'opération antérieure sur le col, celui-ci montre de nombreuses cicatrices régulières résultant des points de suture, il y a le toucher intra-cervical qui révèle une certaine longueur du canal, moindre en vérité que dans un organe normal, mais suffisante pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y a pas d'effacement complet.

Plissement, œdème du vagin. — Le vagin peut présenter, à la fin de la grossesse, diverses modifications qui peuvent en imposer pour l'orifice du col dilaté.

Ainsi, quand il y a dans l'excavation une partie fœtale engagée, le segment inférieur de l'utérus, accompagné du col, descend dans le vagin ; celui-ci devient alors trop long et se plisse en accordéon. Si, ce qui se présente quelquefois, et M. Budin en a cité un exemple où l'erreur avait été commise (1) il y a un pli bien marqué un peu au-dessous du col, on pourra le prendre pour le contour de l'orifice utérin dilaté comme une paume de main par exemple. Il suffit, pour éviter l'erreur, de remarquer que le pli en question est peu élevé et surtout de le franchir, ce qui permet d'arriver sur le véritable orifice utérin.

Le même phénomène peut être produit par un mécanisme différent. Quand il y a œdème du vagin, c'est-à-dire accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire sous-muqueux (et le cas est fréquent à la fin de la grossesse), la muqueuse est repoussée vers le centre du vagin qu'elle tend à oblitérer. Si l'œdème est localisé à une partie du vagin, en forme d'anneau (il y en a des exemples), il y a formation d'un repli analogue à celui résultant du plissement du vagin et donnant lieu aux mêmes con-

(1) Leçons de clinique obstétricale, p. 161.

sidérations : cet état est désigné sous le nom de phimosis du vagin.

b) MODIFICATIONS QUI PEUVENT EN IMPOSER POUR UNE DILATATION COMPLÈTE.— *Amincissement du segment inférieur coïncidant avec un col difficile à trouver.* — Nous avons vu que diverses circonstances (orifice externe étroit et à bords minces des primipares, oblitération et rigidité du col, vices de position du col) pouvaient rendre difficile la recherche du col : ces mêmes circonstances peuvent donner lieu à des erreurs d'une conséquence plus grave. En effet, dans ces cas, le segment inférieur, sur lequel s'applique la tête, est réduit à une extrême minceur et on sent à travers sa paroi les sutures et les fontanelles, comme si le doigt était immédiatement en contact avec l'extrémité céphalique ; des médecins, trompés par cette apparence, ont cru à une dilatation complète et comme l'accouchement ne se faisait pas, et pour cause, ils ont appliqué le forceps sur le segment inférieur de l'utérus, produisant ainsi les plus graves désordres.

M. Budin cite à ce sujet le fait suivant : « En 1879, dit-il, j'étais appelé à quatre heures du matin par un médecin, dans le quartier Clignancourt ; exténué par deux nuits passées auprès de sa cliente, il s'était absenté pour quelques heures, lorsque j'arrivai. L'examen me démontra qu'il existait une dilatation sacciforme du segment inférieur : le col, reporté en arrière et en haut, n'était atteint que très difficilement par le doigt ; il n'y avait qu'un commencement de dilatation de l'orifice utérin. Lorsque le confrère fut de retour, il me demanda ce que j'avais trouvé ; je le lui exposai et j'ajoutai : « Dans ces cas, il faut prendre bien garde ; trompé par l'amincissement des tissus, on croit que la dilatation est complète et on applique le forceps. » Le médecin se mit à sourire : « C'est

justement ce qui vient de m'arriver, dit-il, j'ai tenté d'introduire une cuiller, mais la malade a tellement crié que j'ai eu peur : je me suis arrêté et je vous ai envoyé chercher. »

On évitera toujours l'erreur par une exploration attentive des culs-de-sac du vagin. Si la dilatation est réellement complète, on rencontre à l'extrémité supérieure du vagin un petit bourrelet formé par ce qui reste des bords de l'orifice utérin ; dans le cas contraire, le doigt est arrêté par les culs-de-sac et, si on le ramène doucement, ainsi que le conseille M. Budin, vers le centre, on arrive sur un point légèrement déprimé qui est l'orifice utérin plus ou moins dilaté et, à ce niveau seulement, on peut pénétrer entre la tête et les parois utérines.

Poche des eaux en huit de chiffre. — La poche des eaux, au moment où l'orifice utérin commence à peine à s'ouvrir, affecte parfois la forme en bissac, c'est-à-dire qu'une partie descend dans le vagin et communique avec la poche utérine par un orifice étroit déterminé par le col ; cette partie vaginale, distendue par du liquide amniotique, peut très bien faire croire à une dilatation complète. On évitera facilement de se tromper, en contournant cette poche pour rechercher, comme on doit toujours le faire, les culs-de-sac : on arrive ainsi sur le point rétréci du bissac et on sent à ce niveau le col qui n'est que peu dilaté.

2° Modifications normales ou anormales du col ou des parties voisines qui peuvent faire méconnaître un effacement complet ou une dilatation.

a) MODIFICATION DU COL. — *Lèvre antérieure non effacée.* — Chez la plupart des femmes, la partie postérieure du col est plus mince que l'antérieure : celle-ci est souvent œdématiée par

suite de compression entre la tête fœtale et le pubis; quelquefois cette compression est telle que la lèvre antérieure ne disparaît pas avant la dilatation et qu'au moment de l'expulsion du fœtus elle vient faire saillie à la vulve. Dans ces conditions, quand, par le toucher, on constatera que, malgré tous les signes de la dilatation de l'orifice utérin, la lèvre antérieure du col persiste, il ne faudra pas nier la dilatation, mais tâcher au contraire, si on le peut, de dégager la lèvre antérieure de l'étau qui la serre : on la verra alors remonter au dessus de la tête fœtale et devenir bientôt inaccessible.

Tumeur du col. — Placenta prævia. — Une tumeur du col, épithélioma, fibrome, faisant saillie dans le vagin après l'effacement complet, peut être prise pour une lèvre du col non effacée : l'erreur sera évitée par la consistance de la tumeur, son irrégularité, sa présence sur une portion seulement de la circonférence du col. Une partie de placenta prævia accessible au doigt ne sera pas prise pour le col non effacé, car on peut passer entre elle et le pourtour de l'orifice utérin avec les bords duquel elle ne fait pas corps.

Utérus cloisonné. — M. Maygrier, dans le cours qu'il a professé à la Faculté de Paris, en 1896, a cité le fait suivant, rapporté par Kussmaul : Deux observateurs touchent la même femme ayant des phénomènes nets de travail, contractions utérines, douleurs ; l'un proclame que le col est complètement dilaté, l'autre qu'il n'est même pas effacé. Tous deux avaient raison : il existait un cloisonnement longitudinal du vagin, coïncidant avec un utérus cloisonné ; le premier observateur avait touché du côté gravide et le second du côté à l'état de vacuité.

b) MODIFICATION DU VAGIN. — *Atrésie du vagin dans sa partie supérieure seulement.* — Il existe des cas où la partie supérieure du vagin seule était étroite congénitalement : on conçoit que, dans ces conditions, on puisse prendre le point où commence cette atrésie pour un col effacé. Les caractères des bords de l'orifice et surtout l'absence de culs-de-sac permettront d'éliminer ce diagnostic.

Cloisonnement transversal du vagin. — Cette malformation du vagin consiste en la présence dans ce canal, à une hauteur variable, d'une membrane en forme de diaphragme, percée d'un orifice plus ou moins grand. Supposons qu'on ait affaire à une femme en travail, arrivée à la dilatation complète et qu'elle soit atteinte de cette anomalie : la tête fœtale, ayant franchi le col utérin, cherche à descendre du côté de la vulve, mais elle est arrêtée en chemin par le diaphragme en question et elle s'en coiffe ; on a ainsi, si l'on n'explore pas avec soin, l'illusion complète d'une tête coiffée par le segment inférieur de l'utérus avec un orifice non dilaté. Mais on évitera l'erreur si l'on a soin de remarquer que la membrane qui sépare le doigt de la partie fœtale est située peu profondément dans le vagin et que, d'autre part, les culs-de-sac sont complètement absents.

Corps étranger du vagin. — M. Budin cite un fait bizarre qui tint un jour en suspens le diagnostic de ses élèves : la présence au fond du vagin d'une jeune primipare d'un fragment d'éponge qu'elle avait placé là pour ne pas devenir enceinte. Il est évident qu'un observateur inattentif aurait pu prendre ce corps étranger pour le col non effacé dont il avait la consistance, mais cette illusion n'aurait pas résisté à un examen sérieux.

c) PARTIE FÆTALE PRISE POUR LE COL NON DILATÉ. — Une erreur à peine croyable et qui cependant a été commise, s'il faut en croire la chronique, c'est celle qui consiste à prendre pour le col non dilaté l'anus d'un enfant se présentant par le siège. On raconte partout à ce sujet la plaisante histoire suivante : Un jeune médecin touchait une femme arrivée à la dilatation complète et son doigt arrivait sur l'anus de l'enfant ; croyant avoir affaire au col et voyant qu'il ne se dilatait pas, il appliquait sur ce prétendu col de la pommade belladonnée pour en faire cesser la rigidité ; bientôt l'accouchement se termina spontanément, mais en examinant le nouveau-né, on s'aperçut qu'il avait l'anus couvert de pommade belladonnée.

C. Difficultés et causes d'erreurs dans l'interprétation des résultats obtenus par l'exploration du col utérin.

Nous serons bref sur ces causes d'erreurs, car elles sont loin d'être fréquentes et, de plus, leur intérêt séméiologique est minime puisqu'on ne peut pas les éviter et qu'on est forcé, dans les cas où elles se rencontrent, de laisser son diagnostic en suspens ou, plus souvent, de le faire erroné. Voici en quoi elles consistent : l'exploration du col a été faite et a donné des résultats concluants, c'est-à-dire qu'on a trouvé le col plus ou moins dilaté et on annonce avec raison que l'accouchement va être terminé dans un temps plus ou moins rapproché ; eh bien ! rien de ce qu'on annonce ne se produit, il y a eu arrêt ou rétrocession du travail.

Il faut bien distinguer cet arrêt et cette rétrocession spontanés et permanents, des phénomènes analogues qui se produisent après rupture prématurée des membranes, quand la partie fœtale qui se présente n'appuie pas très bien sur le col.

Dans ce dernier cas, l'arrêt dans la dilatation du col est momentanée et cesse dès que le fœtus, naturellement ou avec le secours de l'art, vient appuyer sur le col.

Arrêt du travail. — L'arrêt du travail peut venir d'une rigidité du col qui, pour une cause ou pour une autre, ne se laisse pas dilater ; il n'entre pas dans notre cadre d'étudier ce sujet pour lequel nous renvoyons aux traités d'accouchement, article Dystocie, et aux leçons cliniques de M. Maygrier. Mais il peut se produire sans aucune circonstance pathologique, par suite de l'arrêt des contractions utérines qui laisse le col au point de dilatation où il en était, pendant un temps plus ou moins long ; les cas de ce genre sont très rares, mais il y en a cependant d'authentiques, témoin celui rapporté par M. Budin, où une femme resta plusieurs jours le col complètement effacé et les membranes accessibles, sans voir survenir le travail.

Nous avons observé à Lariboisière un fait absolument analogue :

Une *primipare* âgée de 31 ans, enceinte de 8 mois environ, entre à l'hôpital le 31 mai 1896, à 6 heures 1/2 du soir, disant avoir des douleurs depuis le 30 mai, à 10 heures du matin et un écoulement d'eaux depuis l'après-midi du même jour. Par le toucher, on constate qu'il y a un sommet engagé dans l'excavation : *le col est complètement effacé et dilaté comme un franc environ* ; les membranes étant rompues, on arrive sur la tête directement. Les contractions utérines sont de moyenne intensité et se répètent régulièrement toutes les vingt minutes.

Le 1^{er} juin, à 9 heures du matin, on constate que la dilatation a peu progressé : elle n'est que de *deux francs* environ. A partir de ce moment, les contractions utérines se ralentissent et bientôt cessent complètement ; on administre à la femme comme *encytocique* deux cachets de 0 gr. 50 de sulfate de quinine à trois heures d'intervalle, mais sans succès. Pendant trois jours, les matins des 2, 3, 4 juin, on constate que *le col est resté absolument dans le*

même état, c'est-à-dire effacé et dilaté comme deux francs, sans aucune contraction utérine douloureuse.

Le 4 juin, à une heure de l'après-midi, les douleurs reprennent : on examine la femme à trois heures et on lui trouve cinq francs de dilatation. Transportée à la salle de travail, elle a sa dilatation complète à 3 h. 50 et, à 6 h. 10, elle accouche spontanément.

Evidemment, ces cas, que rien ne peut faire prévoir, sont au dessus des ressources de la clinique et, du reste, ils sont assez rares pour que, dans la pratique, on soit autorisé à en faire abstraction : toujours, quand on verra un col complètement effacé ou dilaté, on diagnostiquera travail et on fera bien, à condition qu'on se garde de prédire l'accouchement pour une date déterminée même approximativement.

Rétrocession du travail. — Plus rare encore et plus déconcertant est le fait suivant : une femme est en douleurs d'enfantement ; les contractions utérines sont normales, la dilatation du col est commencée, tout semble devoir aller bien quand, sans cause appréciable, les contractions utérines cessent, le col se referme et même se reforme en partie. Charrier a désigné ce phénomène sous le nom de rétrocession du travail.

CONCLUSIONS

1° Le travail consiste en un ensemble de contractions utérines capables de produire l'ouverture du col.

2° Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles, quand l'orifice de l'utérus ne se dilate pas (rigidité, obstruction), que les contractions utérines peuvent permettre à elles seules d'affirmer le travail : encore faut-il qu'elles soient persistantes et de plus en plus rapprochées.

3° Les modifications du col utérin ont une importance capitale au point de vue du diagnostic du travail. Mais, dans leur appréciation, il faut se mettre en garde contre de nombreuses causes d'erreurs provenant des dispositions anormales que peuvent présenter cet organe et les organes voisins.

4° Dans certains cas d'inertie utérine produisant un arrêt ou une rétrocession de la dilatation du col, les erreurs de diagnostic sont parfois inévitables.

BIBLIOGRAPHIE

- Auvard.* — Traité d'accouchement. Paris, 1891.
— Travaux d'obstétrique, t. I. Paris, 1889.
- Bandl.* — Ueber das Verhalten des Uterus und Cervix in der Schwangerschaft und während die Geburt. Stuttgart, 1876.
- Braune.* — Die Lage des Uterus und Fœtus am Ende der Schwangerschaft. Leipzig, 1872.
- Budin.* — Obstétrique et Gynécologie. Paris, 1886.
— Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1889.
- Cazeaux.* — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1836.
- Charpentier.* — Traité d'accouchements. Paris, 1889-90.
- Depaul.* — Article Accouchement (Phénomènes physiologiques), in Dict. Dechambre.
— Dilatation sacciforme de l'utérus, in Archives de Tocologie, 1876.
- Duncan.* — On the cervix uteri in pregnancy, in Edimb. med. journ., sept. 1863.
- Imbert.* — Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. Th. Paris, 1887.
- Jacquemier.* — Manuel des accouchements. Paris, 1846.
- Küssmaul.* — Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter. Würzburg, 1859.
- Lefort.* — Des vices de conformation de l'utérus et du vagin. Th. d'agr. Paris, 1863.
- Lott.* — Zur Anatomie und Physiologie des Cervix Uteri. Erlangen, 1872.
- Martin.* — Das Verhalten des Cervix Uteri während der letzten Schwangerschaftsmonate. Stuttgart, 1877.
- Maygrier.* — Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1893.
- Müller.* — Untersuchungen über die Verkünzung der vaginal Portion in der letzten Monaten der Gravidität. Würzburg, 1868.

- Pajot.* — Du toucher et du palper comme moyens d'exploration de la grossesse. Gaz. des hôp., 1884.
- Pénard et Abelin.* — Guide pratique de l'accoucheur. Paris, 1896.
- Pinard.* — Article Grossesse in Dict. Dechambre.
- Des modifications du col de l'utérus pendant la grossesse. Semaine médicale, 1886, p. 147-148.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage.* — Précis d'obstétrique. Paris, 1896.
- Sappey.* -- Traité d'anatomie descriptive. Paris, 1879.
- Seure.* — Étude sur la contraction utérine et la douleur dans l'accouchement. Th. Paris, 1863.
- Schræder.* — Traité d'accouchements. Tr. Charpentier, 1875.
- Stoltz.* — Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchements. Th. Strasbourg, 1826.
- Articles Grossesse et Accouchement in Nouveau Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques (Dict. Jaccoud).
- Tarnier et Chantreuil.* — Traité de l'art des accouchements, t. I, Paris, 1882.
- Tarnier et Budin.* — Traité de l'art des accouchements, t. II. Paris, 1886.
- Varnier.* — Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement. Paris, 1888.
- Velpeau.* — Traité complet de l'art des accouchements. Paris, 1835.
- Ventuejot.* — De quelques modifications du col de l'utérus qui rendent difficile le diagnostic du travail. Th. Paris, 1893.
-

Vu : par le Président,
TERRIER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
Introduction. — DÉFINITION DU TRAVAIL.....	9
Chap. I. — SÉMÉIOLOGIE DES CONTRACTIONS UTÉRINES.....	17
<i>Caractères des contractions utérines du travail.</i>	19
<i>Anomalies des contractions utérines.....</i>	22
<i>Valeur des contractions utérines au point de vue du diagnostic du travail.....</i>	24
Chap. II. — LE COL UTÉRIN A LA FIN DE LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL.....	25
<i>Changements de situation et de direction.....</i>	26
<i>Ramollissement.....</i>	26
<i>Effacement.....</i>	26
<i>État des orifices</i>	30
Chap. III. — SÉMÉIOLOGIE DES MODIFICATIONS DU COL UTÉRIN.....	34
1 ^o EXAMEN DU COL.....	34
2 ^o DIFFICULTÉS ET CAUSES D'ERREURS DANS LE DIAG- NOSTIC DU TRAVAIL PAR L'EXAMEN DU COL.....	37
A. <i>Dans la recherche du col</i>	38
B. <i>Dans l'appréciation de son état.....</i>	41
1 ^o Modifications normales ou anormales du col ou des parties voisines qui peuvent en imposer pour l'effacement ou la dilatation	41
2 ^o Modifications normales ou anormales du col ou des parties voisines qui peuvent faire mé- connaître un effacement complet ou une dila- tation	49
C. <i>Dans l'interprétation des résultats obtenus par l'exploration du col.....</i>	52
CONCLUSIONS.....	55
BIBLIOGRAPHIE	56

